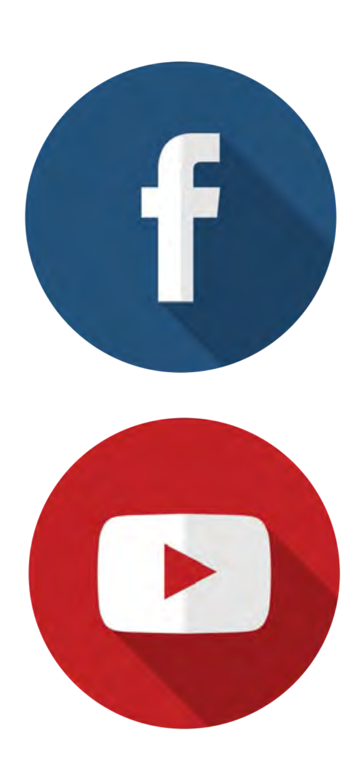
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Polycopié de Chirurgie Générale

L'ABDOMEN AIGU CHIRURGICAL

Dr Brahimi Amar

Université d'Alger
Faculté de médecine
Département Mohamed Maherzi

L'ABDOMEN AIGU CHIRURGICAL

COURS DESTINE AUX INTERNES DE CHIRURGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

Dr. BRAHIMI AMAR
Maitre-assistant

Centre Hospitalo-universitaire de Béni Messous
Hôpital Issad Hassani
Service de chirurgie générale, Pr. M. SAIDANI.

Polycopié « l'abdomen aigu chirurgical » : 20 pages

Par Dr. Brahimi Amar

Octobre 2015

Le chef de service : Pr. M. SAIDANI

Le responsable de l'enseignement des internes : Pr.

Le président du comité pédagogique de chirurgie : Pr. M. Maaoui

Le responsable du département de médecine Pr. Annane.

L'ABDOMEN AIGU CHIRURGICAL

SOMMAIRE :

Points essentiels :

• La douleur viscérale a des mécanismes complexes, elle est caractérisée par des intrications étroites entre le système sensitif et autonome et par l'importance des réponses émotionnelles qu'elle génère.

• La douleur abdominale doit être considérée à la fois comme un symptôme désagréable pour le patient (à combattre) et l'expression d'un phénomène pathologique sous jacent (à utiliser) ; ce qui implique certes au mieux un traitement étiologique mais également un traitement symptomatique rapide.

• L'interrogatoire et l'examen clinique restent à la base de toute la démarche diagnostique et thérapeutique.

• Le premier objectif est d'individualiser les trois classes de tableaux de gravité décroissante : la super urgence (douleur avec signes de gravité généraux), l'urgence vraie (douleur avec signes de gravité locaux) et l'urgence relative (sans aucun signe de gravité).

• Le second objectif est de définir la cause de la douleur abdominale et de reconnaître les urgences chirurgicales que l'on peut classer en première intention en syndromes.

• Les douleurs abdominales non spécifiques (sans cause retrouvée) sont fréquentes mais il faut rappeler que plus le patient est âgé, plus la pathologie est organique et volontiers chirurgicale.

• L'échographie reste l'examen de première intention, rapide et simple en matière de pathologie biliaire, urinaire et gynécologique.

La douleur en 10 questions :

1. Quel est le siège actuel de la douleur ?
2. Quel est le siège initial de la douleur ?
3. Existe-t-il une irradiation particulière ?
4. Quel est le mode d'installation de cette douleur ?
5. Peut-on trouver un facteur déclenchant ?
6. Quel est son mode évolutif ?
7. De quel type est la douleur ?
8. Quelle est son intensité ?
9. Existe-t-il un facteur de soulagement ?
10. Existe-t-il un épisode douloureux antérieur identique ?

LES IMPERATIFS :

En face d'une douleur abdominale aiguë, **les objectifs** de la prise en charge médicale sont :

- savoir rapidement diagnostiquer une urgence chirurgicale ou une affection médicale mettant en jeu le pronostic vital.

  → Rechercher des critères de gravité
- Si l'état du patient le permet : réaliser un examen clinique le plus complet possible.
- hiérarchiser les examens para-cliniques.
- savoir prendre une décision thérapeutique et décider de l'orientation du patient (laparotomie, cœlioscopie, transfert en milieu chirurgical, médical ou réanimation).
- Savoir poser un diagnostic dont l'avis et éventuellement le traitement chirurgical devra être urgent : en d'autres termes, ne pas retarder un traitement spécifique éventuel !

  → Définir des critères d'intervention chirurgicale
- Rechercher une étiologie.

L'objectif initial n'est pas tant de poser un diagnostic définitif que d'identifier les patients qui ont besoin d'une intervention chirurgicale rapide.

VII. INTRODUCTION-GENERALITES :

Le diagnostic de ces syndromes douloureux constitue un des exercices les plus difficiles de l'art médical par les circonstances dans lequel il se déroule :

- intensité plus ou moins grande des phénomènes douloureux,
- anxiété du patient et de l'entourage,
- amas de questions, nécessité d'apporter des réponses rapides
- et, pour le médecin, l'éternelle question :

Existe-t-il une indication chirurgicale ?

Remarque:

Les douleurs abdominales sont loin d'être toujours d'origine intra-abdominale et, en particulier la pathologie d'origine thoracique, qu'elle soit cardiaque, pulmonaire ou vasculaire se manifeste souvent par un tableau douloureux abdominal.

Outre l'anamnèse et l'analyse complète de la sémiologie douloureuse, de son mode d'apparition et des signes d'accompagnement,

- Existe t-il des signes cliniques de gravité ?
- Quelle est la topographie sémiologique dominante ?
- Ce syndrome est-il isolé ou associé à d'autres manifestations extra abdominales ?
- Ce syndrome douloureux survient-il dans un contexte pathologique déjà authentifié,

- soit que celui-ci constitue en lui-même une possible étiologie à ce tableau douloureux,
- soit qu'il constitue un facteur de risque de syndrome douloureux abdominal aigu ?

- Existe t-il une orientation diagnostique lésionnelle ?

Pour répondre à ces questions, l'examen clinique doit être complet, sans oublier ni l'auscultation ni les orifices herniaires, parfois difficiles à atteindre (orifice crural de la femme obèse) et pratiqué dans de bonnes conditions.

3. Définition :

C'est l'ensemble de symptômes et de signes révélant une affection aiguë d'un viscère abdominal où la douleur abdominale est sévère, localisée et à démarrage rapide ou brutale, associés à des signes digestifs ou extra digestifs.

L'abdomen aigu, ou chirurgical, peut être provoqué par divers troubles, traumatismes ou maladies (appendicite, occlusion intestinale, péritonite, perforation digestive...).

Un geste chirurgical à visée curative ou exploratrice y est envisagé.

4. Intérêt :

- Motif fréquent de consultation ;
- Douleur abdominale est un symptôme généralement associé à une maladie ;
- Le diagnostic est basé sur la bonne connaissance de la sémiologie et un examen clinique pertinent aidé par quelques examens complémentaires ;
- Le traitement est lié à la cause ;
- Le pronostic est lié au degré d'urgence, à la cause et au traitement dans les meilleurs délais.

L'URGENCE ABDOMINALE EST RECONNUE AISEMENT PAR LA **BRUTALITE** DE SURVENUE DE LA DOULEUR, PAR SON **INTENSITE** PARTICULIEREMENT **FORTE** ET ENFIN PAR UN **CORTEGE SYMPTOMATIQUE** ASSOCIE +/- **BRUYANT** (CHOC, FIEVRE, HEMORRAGIE DIGESTIVE…).

VIII. DEMARCHE DIAGNOSTIC :

1- <u>DIAGNOSTIC POSITIF :</u>

La stratégie diagnostic (clinique, biologique et morphologique) doit permettre de répondre tout d'abord à la **question primordiale** : s'agit-il d'une pathologie chirurgicale, nécessitant soit une intervention en urgence, soit une hospitalisation pour la surveillance en milieu chirurgical ?

La conduite de l'examen est valable dans tous les syndromes douloureux aigus, le plan d'examen doit être toujours le même de façon à éviter les oublis ; Un tableau abdominal peut être rapidement évolutif, il doit être répété de façon à noter d'éventuelle modification (évaluer l'évolution spontanée ou après traitement).

L'interrogatoire et l'examen clinique sont fondamentaux et permettent :

– d'identifier la gravité du tableau :

1) douleur abdominale avec signes de gravité généraux, la *super urgence (SU) ;*
2) douleur abdominale avec signes de gravité locaux l'*urgence vraie (UV) ;*
3) douleur abdominale a priori sans gravité immédiate l'*urgence relative (UR).*

– de classer le type de tableau :

1) syndrome ***péritonéal*** *localisé ou généralisé ;*
2) syndrome ***occlusif*** *;*
3) *syndrome* ***douloureux réactionnel*** *à une cause extra* digestive ou médicale ;
4) Syndrome ***douloureux isolé****.*

– d'évoquer la plupart des causes.

4- INTERROGATOIRE :

- C'est le temps capital de l'examen clinique +++, doit être policier : rigueur +++
- Oriente la démarche clinique et paraclinique car plusieurs hypothèses diagnostiques ;
- Complet+++ (famille, proche si impossible) ;

e) Permet de préciser les **Caractéristiques du patient** :

- L'âge et le sexe sont importants à considérer ;
- La date du dernier repas ;
- Origine du patient ;
- Son mode de vie ;
- Ses antécédents médicaux : diabète, insuffisance rénale, immunodépression, pathologie cardio-vasculaire ;
- Ses antécédents chirurgicaux et les éventuels actes endoscopique récents ;
- Ses antécédents familiaux;
- Notion d'allergies ;
- La prise éventuelle de médicaments (informations précieuses+++) : CTC, AINS, aspirine, traitement anticoagulant ;
- D'une toxicomanie (alcool, drogue…) ;
- D'une intoxication alimentaire ;
- Les circonstances révélatrices : notion de traumatisme ancien ou récent par exemple.

f) Doit préciser les **caractéristiques sémiologiques de la douleur** :

Ils sont très souvent évocateurs du viscère responsable, de la gravité et du mécanisme de la lésion.

Siège : 9 quadrants de l'abdomen ;

Irradiation : dans ce contexte certaines irradiations son évocatrices du diagnostic

- Irradiation dorsale évoque une origine pancréatique ou anévrysme de l'aorte,
- Irradiation scapulaire droite : origine hépatobiliaire,
- Irradiation scapulaire gauche : un hémopéritoine,
- Irradiation vers les organes génitaux externes : Origine rénale,
- Irradiation vers les fosses lombaires : appendicite rétrocaecale ou Pathologie annexielle chez la femme.

Mode de début :

Le moment d'installation de la douleur (progressif ; brutal, horaire) et la rapidité de son développement ;

Une douleur brutale dont le patient peut préciser l'instant exact est souvent en rapport avec une lésion grave.

Type :

- Crampe (pathologie ulcéreuse) ;
- Brûlure, pesanteur …
- Coup de poignard (perforation d'organe creux, volvulus) ;
- Lancinante (infection intra-abdominale : cholécystite, sigmoïdite, appendicite…) ;
- Migratrice.

Horaire par rapport aux repas : Postprandiale ou au moment des repas.

Évolution dans le temps : une douleur abdominale aigue peut être :

- **Colique** : épisodes douloureux avec intervalles libres (colique néphrétique, hépatique…) ;
- **progressive, stable :** appendicite, diverticulite, inflammation pelvienne, hernie, obstruction intestinale ;
- **Permanente :** empêchant le sommeil comme dans les péritonites (crescendo), ischémie intestinale ;
- **intermittente :** obstruction intestinale, obstruction biliaire, urétérale ou de trompes de Fallope (douleurs intenses) ; voire rythmée dans la journée (ulcère gastroduodénal, colique hépatique) ;
- **Paroxystique** sans accalmie (colique néphrétique), ou avec accalmie (ischémie mésentérique, occlusion par obstruction).

Intensité :

- **brutale :** anévrisme de l'aorte abdominale, rupture de viscère, grossesse extra-utérine…;
- **intense, d'aggravation rapide :** cholécystite, pancréatite, infarctus mésentérique ;

Facteurs déclenchant :

- repas, biopsie, coloscopie, traumatisme, traitement (AB, AINS, ACG…)

Facteurs aggravant :

- mouvements, toux, respiration, nourriture ;

Facteurs de soulagement :

- Position antalgique; Psoïtis ; Alimentation ; Emission de gaz.

g) Rechercher les **Facteurs vitaux :**

Le premier objectif de l'examen est de reconnaître les signes de gravité généraux qui imposent une prise en charge sans aucun retard comme des signes de choc hémorragique ou autre, une détresse respiratoire, une confusion ou un désordre neurologique aigu.

h) Rechercher les **signes associés** :

L'interrogatoire recherchera également d'autres troubles fonctionnels permettant D'APPRECIER LA GRAVITE du tableau clinique :

<u>Signes généraux</u>:

État général :

- recherche des signes de choc cardio-vasculaire (pouls, tension artérielle, angoisse, sueurs, agitation, soif intense) ;
- l'aspect du faciès peut être très évocateur (pale, livide, ictère…) ;
- troubles respiratoires ;
- Fièvre+++, frissons ou hypothermie ;
- troubles psychiques, déshydratation ;

3 A: Asthénie, Anorexie, Amaigrissement.

<u>Signes digestifs</u> :

- Troubles du transit:
  - Diarrhée irritative par souffrance digestive : pincement latéral du grêle, péritonite ;
  - Faux transit par vidange du segment digestif en aval d'un obstacle ;
  - arrêt des matières et des gaz, (ou modification récente du transit) ;
- Dysphagie, nausées, vomissements, régurgitation, pyrosis ;
- Hémorragie digestive : Hématémèse, Melæna, Rectorragie ;

<u>Signes gynécologiques</u> : DDR, contraception, antcds gynécologiques, pertes anormales, métrorragie, aménorrhée,

<u>Signes urinaires</u> : brûlures mictionnelles, RVA, dysurie…

Signes extra digestifs : il faut rechercher des signes extra-digestifs dans les sphères urinaire, gynécologique, articulaires, dermatologiques, neurologiques, respiratoires…

5- EXAMEN CLINIQUE :

L'examen clinique est très important, car il va permettre :
- d'orienter, voire de faire le diagnostic étiologique,
- d'évaluer la gravité du patient
- et de poser une indication chirurgicale.

e) Installation du malade :
- Installation comfortable;
- L'examen clinique s'effectue sur un patient calme, détendu, allongé à plat (Décubitus dorsal), oreiller sous la tête, Hanches et genoux fléchis: relâchement paroi abdominale; si possible après une miction évacuatrice ;
- Abdomen largement exposé: appendice xiphoïde → pubis et régions inguinales
- Examen:
  - position d'examen en rapport avec la surface de l'abdomen,
  - début à distance de zone douloureuse, tous les quadrants et flancs
  - confiance : main douce, réchauffée, appui « aidé » par la respiration, plusieurs tours.

f) Signes cliniques d'appréciation de l'état général : observation du malade :
- L'attitude du patient : immobile, figé, doit retenir l'attention car traduisant souvent une souffrance péritonéale ;
- Une pâleur extrême évoque une spoliation sanguine,
- Une hypotension avec un pincement systolo-diastolique, associée à des sueurs et à une sensation de soif, évoquent un choc hypovolémique ;
- Un pouls petit et filant évoque un collapsus.
- Un ictère oriente vers une cause hépatobiliaire,
- Une agitation extrême évoque un obstacle urétéral ou biliaire, une rétention aigue d'urine ;
- Une cyanose oriente vers une étiologie cardio-pulmonaire, surtout si le patient préfère la position assise, s'il est anxieux ou dyspnéique,
- Une hyperthermie/hypothermie, dans un contexte de douleurs abdominales, évoque un processus infectieux ;

g) Examen physique :

Inspection :

Une asymétrie de la respiration abdominale, une distension, une cicatrice, des ondulations Péristaltiques, HTP, une insuffisance hépatocellulaire, une masse abdominale localisée.

Palpation :

On palpe avec la tête… il faut comprendre ce que l'on touche : la peau, la graisse sous-cutanée, les muscles abdominaux, les viscères. Il faut essayer de reconnaitre les différents organes et viscères que l'on palpe.

La palpation superficielle permet de détecter et de localiser les sites sensibles (Le siège de la douleur provoquée), la défense ou la rigidité musculaires ou la présence de masse.

L'importance de la réaction pariétale :
- Il peut s'agir **d'une défense** : la paroi se raidit par contraction musculaire à la pression des muscles au départ détendus, en réaction à une douleur éveillée ou aggravée par la palpation. La défense peut être localisée (p. ex. une appendicite non compliquée) ou généralisée à tout l'abdomen (p. ex. diverticulite perforée avec contamination diffuse de la cavité péritonéale).
- Ou d'une **vraie contracture** : rigidité invincible des muscles grands droits, (qui sont en état de contraction continuelle même sans palpation), spontanée et généralisée, traduisant l'irritation permanente du péritoine (p. ex. ulcère duodénal perforé).
- En certaines situations plus floues, on peut envisager une péritonite quand une douleur peut être provoquée, dans la zone suspectée de pathologie (p. ex. en cas d'appendicite), en palpant d'autres points sur la paroi abdominale et en demandant au patient de tousser ou de remuer légèrement le bassin.

La palpation en profondeur de la zone suspectée, suivie du relâchement brusque de la paroi abdominale, pour évaluer la sensibilité et le ressaut, est très douloureuse pour le patient atteint de péritonite; elle peut être trompeuse chez le patient qui n'a pas de péritonite, et ne fournit aucune donnée utile au diagnostic.

Percussion :

- Une percussion délicate est également utile pour mesurer le degré d'irritation péritonéale ainsi que pour déterminer la nature de la distension abdominale.
- Météorisme ou tympanisme avec disparition de la matité pré hépatique ;
- Epanchement liquide se traduisant par une matité déclive des flancs, la matité d'un globe vésical.

Auscultation :

Un silence abdominal traduisant un iléus paralytique, ou au contraire une exagération des bruits hydro-aériques qui sont intenses traduisant une obstruction (Bruits hydro aériques); Souffle vasculaire ? Auscultation cardiaque (arythmie) ;

Palpation des orifices herniaires :

Doit être systématique en cas de douleur d'un syndrome occlusif (à la recherche d'une hernie étranglée) ; se méfier de la hernie crurale étranglée chez l'obèse.

Touchers pelviens :

Au toucher rectal on recherche la présence des selles, une douleur à la palpation du cul-de-sac de Douglas, une sténose ou une masse prolabée et apprécie aussi l'état de la prostate.
Au toucher vaginal on recherche une douleur à la mobilisation utérine ou une masse annexielle et apprécie le col, l'utérus, les culs-de-sac latéraux et postérieurs.

Examen général des autres appareils :
Un examen physique minutieux fournira d'autres données quant à l'état extra-abdominal (p. ex.ictère, lympho-adénopathie) et aux effets systémiques d'une affection abdominale aiguë (p. ex. hypotension, tachycardie, tachypnée) et des affections coexistantes importantes.
D'autre part, il est indispensable d'évaluer le contexte psychologique du patient au moment de sa consultation aux urgences.

h) Au terme de ce **BILAN CLINIQUE, il faut être en mesure de répondre à trois questions** :

- Le pronostic semble-t-il être engagé ?
- Quel est le siège principal de la douleur abdominale ?
- Quels sont les signes associés à la douleur ?

i. On doit **apprécier la gravité du tableau** et éventuellement **« classer »** en première intention ce syndrome douloureux accompagnant l'urgence en :

- Syndrome « isolé », mais évocateur d'un diagnostique ;
- syndrome douloureux associé à des risques infectieux
- Syndrome « occlusif » ;
- Syndrome « péritonéal » ;
- Syndrome douloureux associé à un « état de choc » (hémorragique, non hémorragique);
- Syndrome douloureux associé à une tuméfaction douloureuse de la paroi abdominale ;
- Syndrome douloureux chez une femme présentant une masse douloureuse aux touchers pelviens ;
- Syndrome douloureux avec manifestations extra-abdominales ;
- Syndrome douloureux isolé aspécifique.

Quels que soient la "qualité" et le rendement de l'examen clinique initial, il est **fondamental de le répéter après quelques heures de surveillance.**

ii. De cette approche initiale, l'attitude doit être pragmatique : il faut **définir le degré d'urgence** permettant de fixer l'heure d'intervention une fois le diagnostic fait ou approché.

- Soit il s'agit d'une **SU** (**super urgence**), la douleur abdominale s'accompagne de signes de choc. Il faut alors engager des mesures de réanimation et prendre en charge le malade en vue d'une chirurgie, ou le placer en unité de soins intensifs ;
- Soit il s'agit d'une **UV** (**urgence vraie**), la douleur abdominale s'accompagne de signes locaux évidents (syndrome occlusif ou péritonéal), on suspecte une appendicite, une cholécystite, une sigmoïdite, une hernie étranglée. La biologie préopératoire est dirigée en

fonction de cette suspicion diagnostique. On discute des examens radiologiques nécessaires pour confirmer le diagnostic ou décider de la stratégie médicochirurgicale.

- Soit il s'agit d'une **UR** (**urgence relative**), la douleur abdominale ne s'accompagne d'aucun signe de gravité local ou général. Les questions à résoudre sont :

  -le diagnostic est-il fait, suspecté, ou indéterminé ?
  -faut-il hospitaliser le patient et pourquoi ? ;
  -quel examen radiologique demander et quand (en urgence ou en différé) ?

L'examen clinique va permettre ainsi:

- D'orienter le patient vers une prise en charge chirurgicale plus ou moins rapide, ou médicale ;
- De décider des premiers gestes à effectuer ;
- De prescrire les examens complémentaires les plus adéquats.

6- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

3. BIOLOGIQUES :

- NFS systématique.
- Ionogramme sanguin : il permet de chercher des complications liées au trouble digestif : déshydratation, acidose métabolique en cas de choc ou d'ischémie intestinale, hypokaliémie en cas de vomissements ou de diarrhée abondants.
  Certaines causes de douleurs abdominales aiguës sont dues à des troubles ioniques: hypercalcémie, acidocétose diabétique, insuffisance surrénale aiguë.
- TP-TCA, groupe-Rh-RAI sont systématiques en cas d'hémorragie digestive
- Lipasémie : son élévation à plus de 3 fois la normale en cas de douleur abdominale signe la pancréatite aiguë.
- Bilan hépatique (transaminases, GGT, phosphatases alcaline, bilirubine totale).
- Bandelette urinaire, β-HCG et ECG : infection ou colique néphrétique, une grossesse extra-utérine ou une affection cardiaque (infarctus inférieur ou péricardite).
- Protéine C réactive : recherche d'un syndrome inflammatoire.
- ECBU devant toute anomalie de la bandelette urinaire.
- Hémocultures en cas de fièvre avec frissons ou supérieure à 39 °C.

4. MORPHOLOGIQUES :

a) L'ASP

- Clichés utiles : Face couché, Profil couché, Face debout, Cliché centré sur l'hypochondre droit en décubitus latéral gauche.
- Surtout utile en cas de syndrome occlusif, de pneumopéritoine.

b) L'échographie

- Objectifs :
- – Recherche d'épanchements liquidiens intrapéritonéaux
- – Analyse de la vésicule biliaire
- – Analyse de l'appendice
- – Analyse de l'appareil génital féminin (endovaginale +++)
- – Analyse des reins
- Limite :
- – Gaz digestifs (occlusions)
- – Analyse de la paroi digestive (dépend de l'opérateur)
- Place du Doppler :
- – Très restreinte

c) La Tomodensitométrie: **EXAMEN DE RÉFÉRENCE**

- Technique la plus performante :
- – Dans toutes les situations
- – Pour toutes les pathologies : intrapéritonéales, rétropéritonéales, pelviennes ;
- Mais :
- – Irradiante
- – Nécessite le plus souvent une injection de produit de contraste.
- Nécessite de trier les indications :
- – Uniquement lorsque l'échographie n'est pas applicable avec un bon niveau de pertinence,
- – Dès que le diagnostic erre ;

d) Cœlioscopie exploratrice : si plateau technique disponible.

2- **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :** (Les syndromes abdominaux pseudo-chirurgicaux trompeurs) :

Dans le diagnostic différentiel, il faut toujours envisager :

1- Les affections intra-abdominales à l'égard desquelles aucune chirurgie n'est indiquée (p. ex. pancréatite aigue, péritonite bactérienne primaire) et

2- Les affections extraabdominales (p. ex. pneumonie) ou les affections systémiques (p. ex. acidocétose diabétique), qui peuvent s'accompagner de douleur abdominale aigue.

IX. ORIENTATIONS ETIOLOGIQUES :

L'objectif n'est pas d'avoir en mémoire la liste des étiologies des syndromes douloureux abdomino-pelviens…mais de pouvoir reconnaître assez vite les cas où le pronostic vital est en jeu et les candidats à une intervention chirurgicale à ne pas différer.

Ce n'est jamais facile mais on doit garder en mémoire que 10 diagnostics représentent à eux seuls 90 % des cas!

Il s'agit, par ordre décroissant de :

Etiologie	%
D.A.N.S	34
Appendicite	28
Cholécystite	9,5
Occlusion du grêle	4,1
Urgences gynécologiques	4
Pancréatite aiguë	2,9
Coliques néphrétiques	2,9
Ulcère perforé	2,5
Cancer (complications)	1,5
Diverticules	1,5

On peut schématiquement décrire :

1- L'abdomen aigu infecté (ou fébrile) :

Associant : douleur, fièvre, signes péritonéaux à type de défense ou de contracture ;
Plusieurs causes sont à évoquer en premier lieu selon le siège de la douleur :

- HCD : Cholécystite, angiocholite (en cas d'ictère associé) ou abcès hépatique
- Epigastre : Pancréatite si irradiation postérieure = douleur transfixiante, UGD ou gastrite (hémorragie digestive, prise de médicaments gastrotoxiques),
- FID : appendicite, FIG : sigmoïdite diverticulaire,
- Fosses lombaires : Pyélonéphrite aigue,
- Diffuses : Péritonite (ventre de bois).

2- L'abdomen aigue occlus :

- Associant douleurs diffuses, signes occlusifs à type de vomissements, arrêt des matières et des gaz et météorisme abdominal : c'est le CARRE de MONDOR.
- Deux éléments majeurs qui orientent vers une OIA par STANGULATION (risque de nécrose intestinale) :
  - Une douleur abdominale d'apparition suraigüe, de type vasculaire : le « coup de tonnerre dans le ciel serein » ;
  - Des vomissements reflexes, immédiats, au moment de a strangulation (c'est la torsion du mésentère qui est à l'origine des vomissements) ;
- Autres signes qui orientent vers la strangulation:
  - Le météorisme : Asymétrique, Tympanique, Douloureux, Immobile→ c'est le signe de VON WAHL ;
  - Existence de cicatrice abdominale→ bride→ urgence vasculaire du grêle ;
  - Les orifices herniaires sont le siège d'une hernie douloureuse et irréductible ; Attention à la hernie crurale+++ : c'est une hernie de petite taille dans le pli inguinal d'une femme obèse qu'il faut rechercher en cas de douleurs sous-ombilicales associées à un état sub-occlusif ;

3- L'abdomen aigue péritonéal :

- Il s'agit d'une inflammation, d'une irritation du péritoine par un liquide agressif ;
- C'est une urgence chirurgicale, une course contre la montre, dont le pronostic est directement lié au délai de prise en charge.
- La douleur est violente et permanente, prostrant le malade qui refuse l'examen clinique car trop douloureux ;
- DÉFENSE : douleur provoquée par la palpation abdominale et entraînant une contraction réflexe de la paroi (valeur de localisation +++) ;
- CONTRACTURE : douleur spontanée intense entraînant une contraction permanente de la paroi (« ventre de bois » de la péritonite généralisée) ;
- SENSIBILITE ABDOMINALE: douleur provoquée mais abdomen souple, depressible, examinable (phase initiale d'une appendicite, cholécystite, sigmoïdite…) ;

Cette palpation abdominale n'est remplaçable par aucun examen complémentaire.

Le **P.I.E.D.** de la contracture: **PERMANENTE-INVINCIBLE-ETENDUE-DOULOUREUSE**

- Signes associés: hyperthermie, nausées, vomissements, frissons, signes de choc septique (hypoTA, tachycardie…).
- TR : très douloureux lors de la mobilisation du cul-de-sac de Douglas en avant du rectum→c'est le cri de Douglas.

4- Colite inflammatoire (Crohn, RCH) ou infectieuse :

– les douleurs sont plutôt en cadre le long du côlon ;
– les colites infectieuses peuvent être d'origine bactérienne ou virale et avoir un syndrome infectieux important ;
– leur traitement est médical, la chirurgie n'est indiquée qu'en cas de volumineuse colectasie avec un risque de perforation important et des signes infectieux non contrôlables.

5- L'abdomen aigu hémorragique :

Il peut s'agir d'une hémorragie extériorisée dont le diagnostic est alors facile ou d'une hémorragie interne intrapéritonéale (non extériorisée) qu'il faut évoquer devant une douleur associée aux signes plus au mois francs du choc hémorragique (pâleur, tachycardie, hypotension artérielle…..)

• Postraumatique= rupture d'un organe plein (Rate, foie, rein) ou lésion du mésentère ;
• Spontanée :

Ø Chez une jeune femme en activité génitale : rupture d'une grossesse extra utérine,
Ø Chez un sujet âgé athéromateux : rupture d'un anévrysme aortique,
Ø Tout âge : rupture d'une tumeur (Hépatique, stromale gastrointestinale).

La grossesse extra-utérine : urgence absolue+++

- C'est une grossesse au cours de laquelle l'embryon se développe en dehors de l'utérus, le plus souvent dans une des trompes de Fallope.
- Toute douleur pelvienne chez une femme en période d'activité génitale est une grossesse extra-utérine jusqu'à preuve du contraire.

- Le retard diagnostique est le piège principal →D'où le dosage des bHCG au moindre doute.
- **En cas de rupture**, le tableau est cataclysmique, le début est brutal : marqué par une douleur suraigüe, atroce, en coup de poignard, s'accompagnant de perte de connaissance. La malade est très rapidement en collapsus avec pouls filant, petit, parfois imprenable avec chute spectaculaire de la tension artérielle ; au toucher vaginal : cri de Douglas ; l'abdomen est souple, pas de contracture.
  Il n'y'a pas de doute diagnostic et la malade est directement conduite au bloc opératoire.

6- L'abdomen aigu ischémique (Infarctus mésentérique) :

- Elle représente une cause fréquente d'abdomen aigu, soit par embolie (60 %), par thrombose artérielle (30 %) ou thrombose veineuse (10 %). Le bas débit et l'hypovolémie sont des facteurs favorisants ;
- Associant, chez un sujet souvent âgé aux antécédents cardiovasculaires, une douleur abdominale aigue, une diarrhée et surtout une altération importante de l'état général contrastant avec un examen abdominal pauvre et moins alarmant ;
- Le diagnostic est posé essentiellement par CT-scan.

7- Pancréatite aigue :

- C'est une inflammation brutale du pancréas et des tissus avoisinants qui réalise une véritable brûlure intra-abdominale ;
- Douleur épigastrique, intense, transfixiante, à irradiation postérieure vers l'angle costo-lombaire gauche, peut être déclenchée par un repas riche en graisse ou en alcool.
- Elle est souvent calmée par la flexion antérieure du tronc et par la prise d'aspirine, l'examen clinique est pauvre, faussement rassurant et les signes pariétaux qui peuvent manquer,
- les signes généraux peuvent être graves d'emblée avec altération de l'état général, collapsus (pouls petit, rapide, tension artérielle basse) et oligurie signant la pancréatite aigue necrotico-hémorragique.
- Une élévation de la lipasémie à trois fois la normale signe le diagnostic.

8- Mais les douleurs abdominales généralisées peuvent révéler des pathologies **médicales aiguës:**

- Infarctus du myocarde : toute douleur épigastrique brutale impose un électrocardiogramme et un dosage, si besoin, de troponine ;
- pneumopathie,
- l'insuffisance cardiaque,
- l'ascite décompensée,
- l'acidocétose diabétique,
- une crise drépanocytaire,
- la porphyrie intermittente aiguë,
- une insuffisance surrénale aiguë,
- des intoxications.

C'est le plus souvent le siège de la douleur au début qui permettra d'évoquer le diagnostic.

SIEGE	CAUSE	TYPE
CREUX EPIGASTRIQUE	• Péritonite par perf d'ulcère, rupture de moignon • Pancréatite nécrotico-hémorragique, • Volvulus gastrique.	• Dl en Coup de poignard, • Dl intense à irradiations postérieures, • Dls moins intenses, syndrome occlusif
HYPOCHONDRE DROIT	• Cholécystite • Angiocholite, papillite, oddite, kc de la papille, kc de la tête du pancréas • Cancer de l'angle droit • Appendicite sous hépatique.	• Douleur sourde, permanente, provoquée au point de Murphy ; • Douleur + ictère ; • Dl sourde, syndrome occlusif.
HYPOCHONDRE GAUCHE	• Cancer de l'angle gauche, • Rupture de la rate	• Dl sourde, syndrome occlusif.
FLANC DROIT, FLANC GAUCHE	• Colique néphrétique, • Pyélonéphrite, phlegmon.	• Fièvre+symptomatologie urinaire.
FOSSE ILIAQUE DROITE	• Appendicite, • Péritonite appendiculaire, • Cancer du colon droit, • Torsion kyste ovarien, • GEU rompue.	• Dl au point de Mac Burney, • Dl diffuse plus sur la FID, • Dl sourdes+signes associés importants, masse FID, Sd occlusif.
FOSSE ILIAQUE GAUCHE	• Sigmoïdite, • Obstruction sur cancer sigmoïdien, • Volvulus, • GEU rompue.	• Syndrome appendiculaire à gauche, • Dl contingentes, signes associés importants, • Dl aigues, brutales + signes cliniques d'occlusion. • Dl pelvienne+aménorrhée+ /- état de choc.
PERI-OMBILICALES	• Infarctus mésentérique, • occlusion du grêle, • iléus biliaire, • OIA par strangulation, • Occlusion colique, • AA chez l'enfant, • Poussée de RCUH	• Dl intense, diffuse à tout l'abdomen à type de coliques syncopales+états de choc, • Dl paroxystique avec des bruits de filtration, • Syndrome occlusif haut, • Douleur aigué, brutale+état de choc, • Dl sourde, diffuse.
HYPOGASTRE	• Salpingite, • AA pelvienne, • Torsion d'un kyste ovarien, • GEU rompue, • OIA, pelvi-péritonite.	• Dl bilatérale, début brutal, violente+vomissements+fièvre élevée+état général conservé.

X. CONDUITE THERAPEUTIQUE :

La prise en charge thérapeutique se fera en fonction du tableau clinique et des signes associés ; un certain nombre de gestes doivent être effectués :

1- Réanimation : deux voies veineuses, oxygénothérapie, sonde naso-gastrique, sonde urinaire, son but :
   - Restaurer la fonction respiratoire (libérer VAS, drainage d'un épanchement pleural),
   - Restaurer la fonction circulatoire (perte de masse sanguine, séquestration liquidienne par 3eme secteur),
   - Rééquilibration hydro-électrolytique.
2- Antalgique dès qu'un diagnostic étiologique est fortement suspecté ou confirmé+++ ;
3- Antibiothérapie adaptée ;
4- Traitement spécifique de l'étiologie.

LA HIERARCHIE DE CES GESTES ET LE DELAI DE MISE EN ŒUVRE SERONT FONCTION DU DEGRE DE L'URGENCE ET DE SA GRAVITE.

XI. CONCLUSION :

Le diagnostic d'une douleur abdominale aigue est le plus souvent fait par un examen clinique rigoureux et des examens complémentaires simples ; il faut toujours éliminer une urgence chirurgicale.

XII. BIBLIOGRAPHIE :

- ARNAUD J.P.et TUBERLAIN J.M. – Conduite à tenir devant un abdomen aigu. – Encycl. Med. Chir. Urgences, 24039 B¹⁰, 3- 1982.
- ARC- Les syndromes douloureux aigus de l'abdomen ; Etude prospective multicentrique. Nouv. Press Med. 1981.10, 3771-3773.
- MONDOR H., PORCHER P., OLIVIER C. - Diagnostics argents. Abdomens. Masson, Paris.1943;
- L. Chiche, E. Roupie, P. Delassus. Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux Urgences. J Chir 2006,143, N°1.
- Bouillot JL, Bresler L. Abdomens aigus : prise en charge diagnostique. Rapport du 106° Congrès de l'AFC. Arnette 2004.